

اختلال عملکرد جنسی و عوامل مرتبط با آن در زنان شیرده

مرجان احمد شیروانی^{۱*}، معصومه باقری نسامی^۲

۱. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

۲. دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۹/۲۴ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۲/۵

خلاصه

مقدمه: گذر از دوران بارداری که با تغییراتی در عملکرد جنسی همراه است یک بحران روانی اجتماعی به شمار می آید. تفاوت‌های اجتماعی، فرهنگی و مذهبی ممکن است عامل اختلاف نتایج درمورد شیوع و عوامل موثر بر اختلال عملکرد جنسی پس از زایمان باشند. شناخت این مشکلات و مداخلات به موقع در ارتقای کیفیت زندگی موثر می باشد. این مطالعه با هدف بررسی اختلال عملکرد جنسی زنان شیرده و عوامل مرتبط با آن در طی یک سال پس از زایمان انجام گرفت.

روش کار: این مطالعه توصیفی- مقطعی روی ۵۲۸ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی قائمشهر در فاصله سالهای ۸۷-۸۸ با روش نمونه گیری خوشه ای تصادفی انجام شد. زنان شیردهی که بین ۲ تا ۱۲ ماه از تاریخ آخرین زایمانشان گذشته، متاهل، باسواد و از شرکت در مطالعه رضایت داشتند، انتخاب شدند. معیارهای خروج از مطالعه شامل زانی بود که به هر علت از همسرشان دور بوده، نوزاد خود را از دست داده یا به بیماری شدید روحی و جسمی دچار بودند. مشخصات فردی و مامایی در فرم اطلاعاتی ثبت و عملکرد جنسی با پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (Female Sexual Function Index) بررسی شد. اطلاعات پس از جمع آوری با استفاده از آمار توصیفی، کای دو و تی تست تجزیه و تحلیل و پردازش گردید.

یافته‌ها: حدود نیمی از زنان (۴۱/۴٪) درجاتی از اختلال عملکرد جنسی در طی یک سال پس از زایمان داشتند که اغلب در حد خفیف بود (۳۰/۴٪). اختلال عملکرد شدید در طی سه ماه اول پس از زایمان شایعتر بود (۷۱/۴٪). شیوع اختلال عملکرد تا ماه ۹ کاهش و سپس افزایش مختصری می یافت ($p = 0/01$). سن، مدت ازدواج و فرزند بیشتر، تحصیلات کمتر و خستگی مادر با اختلال عملکرد جنسی ارتباط معنی داری داشتند ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: شیوع اختلال جنسی پس از زایمان بیشتر از جمعیت عمومی زنان می باشد. اختلال در ۳ ماه اول و ماه ۹ تا ۱۲ پس از زایمان شایع تر است. با توجه به اینکه اغلب زنان جهت رفع مشکل خود مراجعه نمی کنند، کارکنان بهداشتی درمانی باید از این اپیدمیولوژی خاموش و عوامل موثر بر آن آگاه باشند تا بتوانند اقدامات پیشگیرانه، درمانی و مشاوره ای لازم را انجام دهند.

کلمات کلیدی: عملکرد جنسی، اختلال، زایمان، زنان

* نویسنده مسئول مکاتبات: مرجان احمد شیروانی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران. تلفن: ۱۵۱-۲۲۶۷۳۴۵

نمبر: ۱۵۱-۲۲۶۸۹۱۵؛ پست الکترونیک: MASHirvani@ mazums.ac.ir

مقدمه

عملکرد جنسی یک پدیده چند بعدی است که تحت تاثیر بسیاری از عوامل زیستی- روانی و اجتماعی قرار می گیرد. اهمیت به تمایلات جنسی امری واقع بینانه است زیرا مشکلات جنسی می تواند آثار متعددی بر سایر جنبه های زندگی فردی و اجتماعی بگذارد، طوری که باعث آشفتگی های روانی، ناسازگاریها و شکست های زندگی زناشویی شود (۱،۲). احساسات جنسی در طول زندگی نوساناتی دارد از جمله گذار از دوران بارداری و پس از آن با تغییراتی در عملکرد جنسی همراه است که یک بحران روانی اجتماعی به شمار می آید. معمولا عملکرد جنسی در طی بارداری کاهش می یابد و در بسیاری از زنان در طول دوران پس از زایمان نیز پایین باقی می ماند (۲-۴).

شیوع کلی مشکلات جنسی پس از زایمان از ۲۲ تا ۸۶ درصد گزارش شده است (۵). میزان اختلالات جنسی در سه ماه اول و ششم پس از زایمان در گروهی از زنان چینی به ترتیب ۷۰/۶٪ و ۳۴/۲٪ (۶) و در زنان انگلیسی به ترتیب ۸۳٪ و ۶۴٪ (۴) گزارش گردید. همچنین در مطالعه ای روی گروهی از زنان ایرانی عدم میل جنسی ۳۱/۲۵٪، عدم ارگاسم ۳۳/۱۳٪ و درد ۴۰٪ گزارش شد (۷). در مقابل برخی از مقالات نیز به عملکرد جنسی مشابه یا حتی بهتر نسبت به قبل از بارداری اشاره نموده اند (۸،۹). از طرفی در حالی که ارتباط عملکرد جنسی با برخی عوامل از جمله سن (۳،۱۰،۱۱)، سطح تحصیلات، سن ازدواج، فعالیت فیزیکی، تعداد زایمان (۱۰،۱۲،۴)، ترومای ناحیه تناسلی (۱۱)، نوع زایمان (۳،۱۳،۱۴)، شیردهی (۳،۴)، افسردگی و خستگی (۱۵) گزارش شده برخی از محققین به نتایج متفاوتی دست یافته اند (۴،۶،۹،۱۶).

بنابراین تناقضات موجود در نتایج پژوهش ها و از طرفی اهمیتی که روابط جنسی طبیعی در دوام و گرمی زندگی زناشویی دارد لزوم انجام تحقیقات بیشتر در این زمینه را نشان می دهد. خصوصا که در برخورد با این مشکل باید جنبه های اجتماعی، فرهنگی، مذهبی و تربیتی جامعه را مد نظر داشت. پس مطالعه جداگانه در جوامع مختلف لازم می باشد. مسلما

شناخت مشکلات جنسی پس از زایمان با اتخاذ تدابیر پیشگیرانه و آموزش و مشاوره به موقع می تواند باعث ارتقای کیفیت زندگی زناشویی گردد، خصوصا که بسیاری از زنان حتی با وجود آگاهی از این مشکلات و تاثیر آن در زندگی، مشکل خود را مطرح نمی کنند (۱۴،۱۷). از طرفی عدم آگاهی یا کمی آن یا عقاید نادرست در مورد روابط جنسی می تواند این مشکل را تشدید کند. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی اختلال عملکرد جنسی در زنان شیرده و عوامل مرتبط با آن در طی یک سال پس از زایمان انجام گرفت.

روش کار

این مطالعه توصیفی - مقطعی روی ۵۲۸ زن مراجعه کننده به واحدهای بهداشت مادر و کودک مراکز بهداشتی درمانی قائم شهر در طی یک سال اول پس از زایمان در سال ۸۷-۸۸ انجام شد. تعداد نمونه بر اساس شیوع ۴۹٪ تغییرات عملکرد جنسی (۱۸)، حدود اطمینان ۹۵٪ و خطای ۱۰٪، ۴۸۰ نفر تعیین شد که با توجه به احتمال ۱۰٪ افت نمونه تعداد ۵۲۸ نفر انتخاب و در نهایت اطلاعات مربوط به ۴۹۰ نفر که کامل بود بررسی شد. برای نمونه گیری ابتدا شهر به ۵ منطقه جغرافیایی تقسیم بندی شد و در هر منطقه ۲ مرکز بصورت تصادفی انتخاب شدند. سپس مراجعین به هر مرکز با نمونه گیری تصادفی به روش سیستماتیک انتخاب شدند. معیارهای ورود: زنان شیرده متاهل باسواد که بین ۲ تا ۱۲ ماه از تاریخ آخرین زایمانشان گذشته و از شرکت در مطالعه راضی بودند و معیارهای خروج شامل زنانی بود که به هر علت از همسرشان دور بوده، نوزاد خود را از دست داده و یا به بیماری شدید روحی و جسمی دچار بودند. یک سال پس از زایمان به چهار دوره شامل: سه ماه اول، ماه ۴ تا ۶، ماه ۷ تا ۹ و ماه ۱۰ تا ۱۲ پس از زایمان تقسیم شد. مشخصات فردی و مامایی واحدهای پژوهش از طریق پرسش از مادر و پرونده بهداشتی در فرم اطلاعاتی ثبت شد. عملکرد جنسی با استفاده از پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان^۲ (FSFI) بررسی شد. این پرسشنامه از

² Female Sexual Function Index

یافته ها

از ۵۲۸ نفری که در ابتدا نمونه گیری شدند ۳۸ نفر (۷/۲٪) به علت عدم پاسخ دهی کامل، دوری از همسر، هیستریکتومی و مشکلات طبی و روانی جدی پس از زایمان حذف و در کل ۴۹۰ نفر بررسی شدند. میانگین سنی زنان $26/38 \pm 4/79$ سال و سن ازدواج $20/56 \pm 3/74$ سال بود. همچنین ۸۹/۶٪ خانه دار و ۵۱/۶٪ تحصیلاتشان در حد دبیرستان بود. اغلب آنان نخست زا (۶۲/۹٪) و شایعترین روش زایمان سزارین (۶۵/۱٪) بود. ۴/۹٪ بعد از زایمان فعالیت جنسی نداشتند و ۵۲/۹٪ آن را بیش از ۴۵ روز به تاخیر انداخته بودند. علل این تاخیر در ۸/۶٪ ترس از درد، ۴/۲٪ ترس از بارداری، ۳/۵٪ عدم علاقه، ۲/۲٪ خستگی زیاد و ۰/۶٪ خونریزی بود. نزدیک به نیمی از زنان (۴۱/۴٪) در جاتی از اختلال عملکرد جنسی در طی یک سال پس از زایمان داشتند که شیوع اختلال شدید ۴/۳٪ بود و اغلب اختلال عملکرد خفیف داشتند (جدول ۱).

پایایی و اعتبار ساختاری بالایی برخوردار است؛ بطوری که پایایی بخشهای مختلف آن با $I=0/79-0/86$ و ضریب توافقی براساس آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شده است (۱۹). چون این پرسشنامه به فارسی ترجمه و مورد استفاده قرار گرفت قبل از شروع مطالعه با تکمیل آن برای ۳۰ مادر زایمان کرده پایایی به روش دو نیمه کردن (split) و به دست آوردن $\alpha=0/84$ تعیین شد. این پرسشنامه عملکرد جنسی را در ۶ حیطه میل جنسی، برانگیختگی، لغزندگی، درد، ارگاسم و رضایت جنسی می سنجد. با توجه به اینکه حداکثر امتیاز این پرسشنامه ۳۶ می باشد، برای بررسی اختلال عملکرد جنسی معیارهای زیر شامل: اختلال عملکرد شدید ≤ 10 ، اختلال متوسط ۱۷-۱۱، اختلال خفیف ۲۳-۱۸ و بدون اختلال ≥ 23 در نظر گرفته شد. همچنین امتیاز کمتر از ۶۵٪ کل نمره برای هر حیطه به عنوان اختلال عملکرد در آن حوزه در نظر گرفته شد (۱۲). داده ها پس از جمع آوری با استفاده از آزمونهای آماری کای دو و تی تست و آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، درصد فراوانی) تجزیه و تحلیل گردید و $p < 0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

جدول ۱- شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان شیرده طی یک سال پس از زایمان

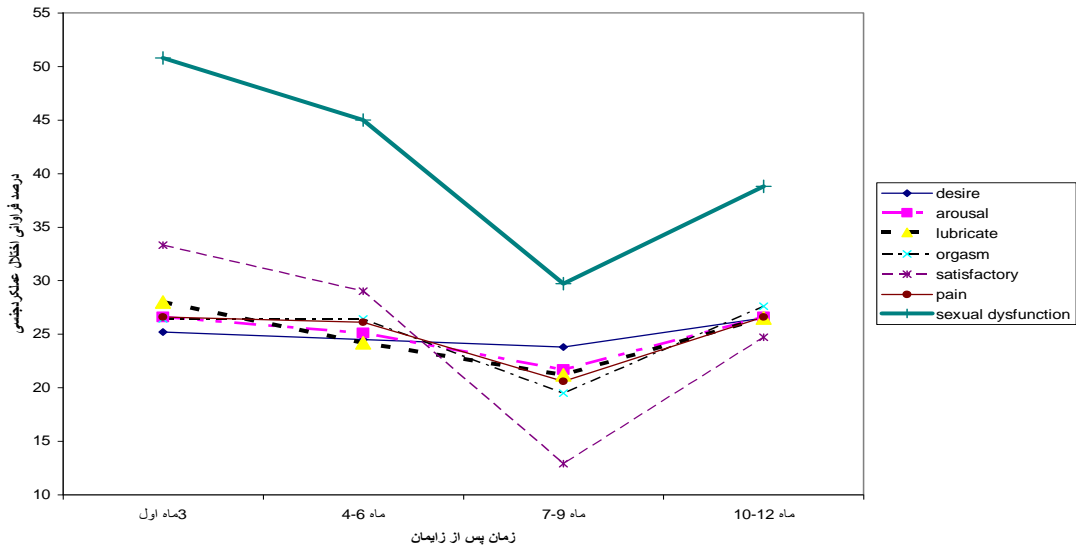
عملکرد جنسی	زمان پس از زایمان				
	۳ ماه اول	ماه ۴-۶	ماه ۷-۹	ماه ۱۰-۱۲	کل
	درصد تعداد	درصد تعداد	درصد تعداد	درصد تعداد	درصد تعداد
شدید	۱۵ (۷۱/۴)	۳ (۱۴/۳)	۱ (۴/۸)	۲ (۹/۵)	۲۱ (۴/۳)
متوسط	۸ (۲۴/۲)	۹ (۲۷/۳)	۸ (۲۴/۲)	۸ (۲۴/۲)	۳۳ (۶/۷)
خفیف	۳۷ (۲۴/۸)	۴۴ (۲۹/۵)	۲۶ (۱۷/۴)	۴۲ (۲۸/۲)	۱۴۹ (۳۰/۴)
طبیعی	۵۸ (۲۰/۲)	۶۴ (۲۲/۳)	۸۳ (۲۸/۹)	۸۲ (۲۸/۶)	۲۸۷ (۵۸/۶)

شیوع اختلال عملکرد کاهش می یابد و مقایسه شیوع در فواصل مختلف پس از زایمان با آزمون کای دو نشان داد که این اختلاف با $p=0/01$ معنی دار است. همچنین طبق نمودار ۱ شیوع اختلال در حیطه های مختلف عملکرد جنسی از زمان زایمان تا ماه ۹ کاهش و پس از آن افزایش مختصری را نشان می داد. شایعترین اختلال در ۳ ماه اول در حیطه رضایت جنسی (۳۳/۳٪) و در ۳ ماه آخر در ارگاسم (۲۶/۴٪) وجود داشت.

تنها ۸/۸٪ خود اظهار می کردند که در ارتباط جنسی مشکل دارند، اما از این میان تنها ۲/۴٪ (۱۲ نفر) مشکل خود را با پزشک مطرح کرده بودند.

فراوانی شدت اختلال عملکرد جنسی در طی فواصل زمانی مختلف بعد از زایمان تفاوت معنی دار داشت ($p=0/002$)؛ بطوری که اختلال عملکرد شدید در طی سه ماه اول پس از زایمان شایع تر بود و عملکرد طبیعی پس از ۶ ماه اول شیوع بیشتری داشت. چنانکه در نمودار ۱ مشاهده می شود پس از گذشت مدتی از زمان زایمان

نمودار ۱- تغییرات اختلال عملکرد جنسی و جنبه های مختلف آن در زنان شیرده طی یکسال پس از زایمان



بررسی تاثیر عوامل مختلف بر عملکرد جنسی نشان داد که سن بیشتر، مدت ازدواج طولانی تر، فرزند بیشتر، سطح تحصیلات کمتر و خستگی مادر بطور معنی دار با اختلال عملکرد جنسی ارتباط دارند ($p < 0.05$) (جدول ۲).

جدول ۲-عوامل موثر بر اختلال عملکرد جنسی

عوامل مورد بررسی	اختلال عملکرد جنسی	بدون اختلال عملکرد جنسی	p value
سن	انحراف میانگین $27/28 \pm 4/74$	انحراف میانگین $25/75 \pm 4/73$	0.001
مدت ازدواج	$6/38 \pm 4/24$	$5/51 \pm 3/87$	0.02
BMI	$26/34 \pm 4/77$	$26/68 \pm 4/62$	NS
تعداد زایمان	$1/51 \pm 0/72$	$1/39 \pm 0/59$	NS
تعداد فرزند	$1/50 \pm 0/67$	$1/35 \pm 0/51$	0.01
تحصیلات:			
ابتدایی/راهنمایی	۴۶ (۵۱/۷)	۴۳ (۴۸/۳)	
دبیرستان	۱۰۲ (۴۰/۳)	۱۵۱ (۵۹/۷)	0.02
دانشگاه	۵۳ (۳۵/۸)	۹۵ (۶۴/۲)	
نوع زایمان:			
طبیعی	۶۹ (۴۰/۴)	۱۰۲ (۵۹/۶)	NS
سزارین	۱۳۲ (۴۱/۴)	۱۸۷ (۵۸/۶)	
آسیب پرینه:			
بله	۶۴ (۴۰/۳)	۹۵ (۵۹/۷)	NS
خیر	۱۳۷ (۴۱/۴)	۱۹۴ (۵۸/۶)	
خستگی زیاد:			
بله	۱۲۳ (۴۵/۹)	۱۴۵ (۵۴/۱)	0.02
خیر	۷۸ (۳۵/۱)	۱۴۴ (۶۴/۹)	

NS: no significant ($p > 0.05$)

بحث

اختلال عملکرد جنسی تاثیر مهمی بر کیفیت زندگی و روابط بین فردی دارد. این اختلال با فشار روانی و ایجاد مشکل در روابط اجتماعی و تهدید سلامت فیزیکی همراه می باشد. زایمان و تاثیرات جسمی و روانی آن از جمله شرایطی است که بر عملکرد جنسی موثر است.

در این مطالعه ۴۱/۴٪ از زنان در طی یک سال پس از زایمان دچار درجاتی از اختلال عملکرد جنسی بودند که این میزان بیش از شیوع کشوری اختلال عملکرد جنسی (۳۱/۵٪) در جمعیت عمومی زنان می باشد (۱۲). این تفاوت می تواند مربوط به تغییرات جسمی روانی پس از زایمان باشد (۸،۲۰،۲۱). شیوع اختلال در سه ماه اول بیشتر بود که به تدریج تا ماه نهم کاهش می یافت. نتایج مشابهی در سایر مطالعات نیز گزارش شده است از جمله گلازنگر که شیوع مشکلات جنسی در ۸ هفته اول پس از زایمان را ۵۳٪ و در یک سال بعد ۴۹٪ گزارش نمود (۱۸). همچنین شیوع مشکلات جنسی در ۳ ماه اول پس از زایمان در مطالعه ژو ۷۰/۶٪ (۶) و در مطالعه بارت ۸۳٪ (۴) بود که در ماه ششم به ترتیب به ۳۴/۲٪ و ۶۴٪ رسیده بود. بارت نیز کاهش اختلال نسبت به سه ماه اول را بعد از ماه ۹-۸ گزارش نمود (۱۷). تفاوت مربوط به میزان شیوع در مطالعات مختلف می تواند مربوط به عوامل مختلف نژادی، فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و همچنین تفاوت در نحوه بررسی مشکلات جنسی باشد (۱۲،۱۵،۲۲). به هر حال آنچه که مشترک است شیوع بیشتر این مشکلات در ماههای اول پس از زایمان و سپس کاهش آن است. البته در مطالعه حاضر افزایش مجددی در شیوع مشکل پس از ۹ ماه مشاهده می شود که این امر در مطالعه سارل کوبیزولز و همکاران بر روی زنان فرانسوی و ایتالیایی نیز گزارش شد (۲۳). آنها معتقدند در یک سال پس از زایمان بیش از نیمی از زنان کمردرد، اضطراب، خستگی زیاد و یک سوم سردرد، کاهش میل جنسی، اختلال خواب، افسردگی و نزدیکی دردناک داشتند (۲۳). مطالعات نشان می دهند که هر کدام از این عوامل می توانند در ایجاد اختلال عملکرد جنسی نقش داشته باشند (۱۲،۱۸). از طرفی در

مطالعه حاضر نیز مشابه با سایر تحقیقات خستگی با اختلال عملکرد جنسی رابطه دارد (۸،۱۵،۲۴). بنابراین یکی از علل افزایش مشکلات جنسی در پایان سال اول پس از زایمان ممکن است مربوط به خستگی بیشتر زنان به علت افزایش مسئولیت و حجم کار آنان بواسطه بزرگ شدن بچه باشد (۱۴،۱۵،۱۸،۲۴). این مسائل در کنار مشکلات مالی، ارتباطی و ترس از بارداری مجدد می توانند باعث افزایش اضطراب، اختلال خواب و افسردگی بیشتر شوند که این عوامل همانگونه که ذکر شد خود با اختلال عملکرد جنسی در ارتباطند (۸،۱۵،۱۸،۲۵).

میانگین زمان شروع مجدد فعالیت جنسی ۶ هفته پس از زایمان بود که در اغلب مطالعات دیگر نیز زمان مشابه گزارش شده است (۱۸،۲۶،۲۷). همچنین از ۸/۸٪ زنانی که از اختلال عملکرد جنسی شکایت داشتند تنها ۲/۴٪ به کارکنان بهداشتی درمانی مراجعه کرده بودند. در مطالعه گلازنگر نیز گرچه بین ۱۳-۷٪ از زنان متوجه مشکلشان شده بودند، اما تنها یک چهارم آنان به پزشک مراجعه کردند (۱۸). در گروه مورد بررسی بارت نیز تنها ۱۵٪ در مورد مشکل خود با پزشک مشورت کرده بودند (۴). این نتایج نشان می دهند که اغلب زنان یا به علت جدی نگرفتن مشکل خود و یا اینکه درگیر امور بچه و زندگی روزمره هستند یا مسائل فرهنگی و شرم، مشکل خود را با کارکنان بهداشتی درمانی مطرح نمی کنند. بنابراین توجه ویژه دست اندرکاران امور پزشکی به این مشکل، آگاهی در این زمینه و کسب مهارت تشخیصی و مشاوره ای ضروری به نظر می رسد.

بررسی عوامل موثر بر اختلال عملکرد جنسی نشان داد که میانگین سنی در زنان دچار اختلال بطور معنی داری بیشتر است و تاثیر افزایش سن در سایر مطالعات در جمعیت عمومی زنان (۱۲) و در دوران پس از زایمان (۱۱) نشان داده شده است. تاثیر سن ممکن است به علت تغییر سبک زندگی یا تغییرات روانی اجتماعی باشد که بر عملکرد جنسی موثر می باشند (۸،۱۲،۱۵). رابطه افزایش تعداد زایمان و تعداد فرزند با اختلال عملکرد هم می تواند مربوط به عواملی از جمله

طرفی در مقایسه با یافته وان برومن (۱۱) شاید چون در این مطالعه پارگی و آسیب شدید پرینه و واژن در هیچیک از نمونه ها وجود نداشت ممکن است رابطه معنی دار بدست نیامده باشد. چون اختلال عملکرد جنسی کیفیت زندگی و در نتیجه سلامت فیزیکی، اجتماعی و روانی را تحت تاثیر قرار می دهد و اغلب زنان به علت مسائل مربوط به دوران پس از زایمان و مسائل نوزاد به آن بی توجه اند، بنابر این دست اندکاران امور بهداشتی درمانی باید از این مشکل خاموش آگاه باشند و از قبل زنان را در این زمینه مطلع سازند تا با کسب مهارت‌های تشخیصی درمانی در جهت رفع مشکل اقدام نمایند. از جمله محدودیت‌های این مطالعه، عدم آگاهی از وضعیت عملکرد جنسی در طی بارداری و قبل از آن بود که نمی توان آن را با بعد از زایمان مقایسه نمود. از آنجا که این موضوع جزو اهداف تحقیق نبوده است، پیشنهاد می‌گردد برای مطالعات آینده مد نظر قرار گیرد. همچنین بررسی نقش همسر در ایجاد و تشدید این مشکلات و عقاید منفی در مورد فعالیت جنسی پس از زایمان پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه گیری

شناخت اپیدمیولوژی اختلال عملکرد جنسی پس از زایمان در جوامع مختلف برای برنامه ریزی موثر، درمان و اجرای استراتژی‌های پیشگیرانه امری ضروری است.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران به عنوان حامی مالی و همچنین از همکاری سرکار خانم میترا بوند و کلیه افرادی که در این پژوهش شرکت نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد.

خستگی، استرس، فشارهای مالی و افزایش سن باشد که خود با اختلال عملکرد جنسی در ارتباطند (۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۸). از طرفی مشکلات جنسی در افراد با تحصیلات دانشگاهی، کمتر بود. در جمعیت عمومی نیز تحصیل بیش از ۱۲ سال با کاهش خطر اختلال عملکرد جنسی تا ۳۶٪ همراه بوده است (۱۲). این امر به اهمیت افزایش آگاهی و احتمالاً کاهش نگرش‌های منفی بواسطه آگاهی بیشتر دلالت دارد (۲۰، ۲۸). در مورد تاثیر شاخص توده بدنی ^۳ (BMI) بر اختلال عملکرد رابطه معنی داری مشاهده نشد. این مطلب در مطالعه اسپوزیتو بر روی جمعیت عمومی زنان بررسی شد و نتیجه مشابهی گزارش گردید، اما در گروهی که اختلال داشتند نمره عملکرد جنسی در زنان با شاخص توده بدنی بالا بطور معنی داری کمتر بود (۲۹). البته در مطالعه حاضر این نتیجه بدست نیامد. از آنجا که اسپوزیتو تاکید نمود که مقدار چربی بیش از توزیع آن موثر است و اثر افزایش وزن بعد از ایجاد اختلال عملکرد ظاهر می‌شود به نظر می‌رسد در زنانی که زایمان داشتند، وزن بالا تحت تاثیر این عوامل با جمعیت عمومی متفاوت می‌باشد. به هرحال نتیجه گیری قطعی به مطالعات تکمیلی دیگری وابسته است. بین نوع زایمان، اپی زیاتومی و ترومای پرینه با اختلال عملکرد رابطه معنی داری بدست نیامد. مطالعات مختلف در این باره نتایج متفاوتی را گزارش نموده اند. بارت نتیجه گیری نمود اثر محافظت کننده سزارین بر عملکرد جنسی محدود به اوایل زایمان (تا ۳ ماه اول) است و در ماه ۶ تفاوت معنی داری مشاهده نشد (۴، ۱۶). وان برومن پارگی درجه ۳ و ۴ را با کاهش احتمال نزدیکی گزارش نمود (۱۱). ژو (۶)، کونولی (۹) و هاید (۲۶) نیز رابطه قوی بین نوع زایمان و اپی زیاتومی با عملکرد جنسی بدست نیاوردند. بنابراین یافته های مطالعه حاضر با نتایج فوق مشابهت دارد و از

³ Body Mass Index

1. Sadeghi J. [Loathing sex]. Tehran:Danesh Publications;2000:58. [In Persian].
2. Bispham A. Sex after babies. *Fam Med J* 1997;1(2):25-7.
3. Rowland M, Foxcroft L, Hopman WM, Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. *Can Fam Physician* 2005 Oct;51:1366-7.
4. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG* 2000 Feb;107(2):186-95.
5. Hicks TL, Goodall SF, Quattrone EM, Ludon-Rochelle MT. Postpartum sexual functioning and method of delivery: summary of the evidence. *J Midwifery Women's Health* 2004 Sep-Oct;49(5):430-6.
6. Xu XY, Yao ZW, Wang HY, Zhou Q, Zhang LW. [Women's postpartum sexuality and delivery types] [Article in Chinese]. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 2003 Apr;38(4):219-22.
7. Nikpour S, Javaherian I, Yadavar Nikraves M, Jamshidi R. [Study of sexual problems resulting from delivery in primiparous women referred to outpatient clinics in west Tehran]. *Razi J Med Scien* 2006;13(50):189-196. [In Persian].
8. Alder EM. Sexual behavior in pregnancy, after childbirth and during breast-feeding. *Baillieres Clin Obstet Gynecol* 1989 Dec;3(4):805-21.
9. Conolly A, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and child birth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunction* 2005 Jul-Aug;16(4):263-7.
10. al Bustan MA, el Tomi NF, Faiwalla MF, Manav V. Maternal sexuality during pregnancy and after childbirth in Muslim Kuwaiti women. *Arch Sex Behav* 1995 Apr;24(2):207-15.
11. van Brummen HJ, Bruinse HW, van de Pol G, Heintz AP, van der Vaart CH. Which factors determine the sexual function 1 year after childbirth? *BJOG* 2006 Aug;113(8):914-18.
12. Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *Int J Impot Res* 2006 Jul-Aug;18(4):382-95.
13. Klein MC, Kaczorowski J, Firoz T, Hubinette M, Jorgensen S, Gauthier R. A comparison of urinary and sexual outcomes in women experiencing vaginal and cesarean births. *J Obstet Gynecol Can* 2005 Apr;27(4):332-9.
14. Forster C, Abraham S, Taylor Am Llewellyn-Jones D. Psychological and sexual changes after the cessation of breast-feeding. *Obstet Gynecol* 1994 Nov;84(5):872-76.
15. DeJudicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *J Sex Res* 2002 May;39(2):94-103.
16. Barrett G, Peacock J, Victor C, Manyonda I. Cesarean section and postnatal sexual health. *Birth* 2005 Dec;32(4):305-11.
17. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexuality after child birth: a pilot study. *Arch Sex Behav* 1999 Apr;28(2):179-91.
18. Glazener CM. Sexual function after childbirth: women's experience, persistent morbidity and lack of professional recognition. *Br J Obstet Gynecol* 1997 Mar;104(3):330-5.
19. Rosen R, Brown C, Helman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000 Apr-Jun;26(2):191-208.
20. Convery KM, Spatz DL. Sexuality and breastfeeding: what do you know? *MCN Am J Matern Child Nurs* 2009 Jul-Aug;34(4):218-23.
21. LaMarre AK, Paterson LQ, Gorzalka BB. Breastfeeding and postpartum maternal sexual functioning: a review. *Can J Hum Sex* 2003 Fall;12(3-4):151-68.
22. Baltag V. Advancing reproductive health of young people in the European region. *Med Wieku Rozwoj* 2008 Apr-Jun;12(2Pt 1):521-30.
23. Saurel-Cubizolles MJ, Romito P, Lelong N, Ancel PY. Women's health after childbirth: a longitudinal study in France and Italy. *BJOG* 2000 Oct;107(10):1202-9.
24. Avery MD, Duckett L, Frantzich CR. The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. *J Midwifery Womens Health* 2000 May-Jun;45(3):227-37.
25. Davison SL, Bell RJ, LaChina M, Holden SL, Davis SR. The relationship between self-reported sexual satisfaction and general well-being in women. *J Sex Med* 2009 Oct;6:2690-7.
26. Byrd JE, Hyde JS, DeLamater JD, Plant EA. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. *J Fam Pract* 1998 Oct;47(4):305-8.
27. von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after child birth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res* 1999;47:27-49.
28. Shokrollahi P, Mirmohamadi M, Mehrabi F, Babaei G. Prevalence of sexual dysfunction in women seeking services at family planning centers in Tehran. *J Sex Marital Ther* 1999 Jul-Sep;25(3): 211-5.
29. Esposito K, Ciotola M, Giugliano F, Bisogni C, Schisano B, Autorino R, et al. Association of body weight with sexual function in women. *Int J Impot Res* 2007 Jul-Aug;19(4):353-7.